

## 第 73 回和歌山消化器外科談話会

当番世話人

日本赤十字社和歌山医療センター 消化器外科 安近健太郎

日 時： 2024 年 3 月 9 日(土) 15:00~17:20

会 場： 和歌山県立医科大学医学部附属病院 4 階、臨床講堂 I

### 次 第

開会の挨拶：安近健太郎 (15:00-15:10)

### Session 1: 症例報告 (15:10-16:10)

座長：伊東大輔

#### 1. 下行結腸狭窄を来した好酸球性大腸炎の 1 切除例

南和歌山医療センター 外科

堀雄哉、渡邊高士、松村修一、永野翔太郎、横山省三

#### 2. 直腸 GIST に対して transanal minimally invasive surgery を施行した 1 例

橋本市民病院 外科

加藤智也、中井博章、藤田洋一、村上大輔、中村公紀

#### 3. 国産ロボット hinotori を使用した胃切除

和歌山県立医科大学 外科学第二講座

早田啓治、尾島敏康、合田太郎、北谷純也、冨永信太、中井智暉、永野翔太郎、川井学

#### 4. 当科の腹腔鏡下膵体尾部切除術における動脈へのアプローチ法

日本赤十字社和歌山医療センター 消化器外科

宮本匠、安近健太郎、椿山正哉、井上一真、寺脇平真、佐倉悠介、青山諒平、

金井理紗、山田真規、川添准矢、奥村公一、辰林太一、横山智至、伊東大輔、  
山下好人、一宮正人

**Session 2: 特別講演 (16:10-17:10)**

座長：安近健太郎

## 「肝胆膵外科におけるロボット手術の役割とその展望」

名古屋市立大学 消化器・一般外科 講師

森本守 先生

**総評と閉会の挨拶：川井 学教授 (17:10-17:20)**

## [抄 録]

### 下行結腸狭窄を来した好酸球性大腸炎の 1 切除例

南和歌山医療センター 外科

堀雄哉、渡邊高士、松村修一、永野翔太郎、横山省三

(はじめに) 好酸球性胃腸炎は好酸球の胃腸壁への異常集積から炎症が生じ、機能不全を起こす疾患の総称であり、下痢や腹痛が症状として現れる。今回下行結腸狭窄を来した好酸球性大腸炎の 1 例を経験したので報告する。

(症例) 症例は 60 歳男性。劇症 1 型糖尿病と好酸球性肺炎に対して当院内科にて血糖コントロールとステロイド全身投与中であつた。持続する下痢の原因検索目的に下部消化管内視鏡検査施行したところ下行結腸に狭窄を伴う全周性隆起性病変指摘された。注腸造影では脾弯曲近くから SDjunction まで 12cm の狭窄を認めた。通過障害来す可能性考慮し生検の後、大腸ステント留置され、手術加療目的に当科紹介された。生検結果は Group1 であり、この時は好酸球増多を認めなかつた。術前 CT では下行結腸の全周性壁肥厚とその外側にリンパ節ないし膿瘍形成を疑う腫瘍影を認めた。好酸球製大腸炎や下行結腸癌、炎症性腸疾患などが鑑別としては考えられた。狭窄症例であり手術加療の方針とした。当科紹介時はステロイド漸減中であり患者の強い希望もあつてステロイド加療終了を待って腹腔鏡下左側結腸切除術施行した。手術時間 4 時間 28 分。出血 15ml。術前 CT での下行結腸外側の腫瘍影は術中所見では点墨であつた。切除標本の粘膜面には潰瘍形成を認めた。病理所見では全層性に好酸球浸潤を認めたが、腫瘍細胞や虚血性変化は認めず好酸球性大腸炎による狭窄と診断された。術後経過問題なく術 9 日目に退院した。術後 4 か月経過しているが、胃腸炎再燃なく経過している。

(まとめ) 下行結腸結腸狭窄を来した好酸球性大腸炎の 1 切除例を経験した。本症例のように好酸球増多疾患を持つ患者の消化器症状には好酸球性胃腸炎の可能性を考慮すべきである。

直腸 GIST に対して transanal minimally invasive surgery を施行した 1 例

橋本市民病院 外科

加藤智也, 中井博章, 藤田洋一, 村上大輔, 中村公紀

【背景】GIST は、消化管の間葉系細胞から発生する腫瘍として最も頻度が高く、全消化管に発生するが、直腸に発生する GIST は、消化管 GIST の 3~5% を占める比較的まれな疾患である。腫瘍が下部直腸に存在する場合、局所切除が困難な場合も多く、侵襲の大きな術式を選択せざるをえない場合もある。術式については腫瘍学的な根治性と機能温存の両立が重要である。今回、trans-anal minimally invasive surgery (TAMIS) により局所切除し得た下部直腸 GIST の 1 例を経験したので報告する。

【症例】80 歳代、男性。排尿障害を自覚し近医で腹部エコー、単純 CT を施行したところ前立腺背側に腫瘤影を認め泌尿器科紹介となった。下部消化管内視鏡では歯状線にかかる直腸 Rb に粘膜面正常の隆起性病変を認めた。泌尿器科にて前立腺生検の要領で針生検を行い GIST と診断され当科に紹介となった。CT、MRI では前立腺右背側に 28mm 径の腫瘤影を認め、遠隔転移は認めなかった。

【手術】全身麻酔下、砕石位で GelPOINT Path を装着し、12mmHg で送気下に手術を行った。腫瘍は 10 時から 11 時の方向に位置し、腫瘍周囲にマーキングを行い、遠位側(肛門側)から全層切開を行い右側は外肛門括約筋、腹側は前立腺を露出するように腫瘍皮膜の損傷に注意しつつ腫瘍を含む直腸壁を全層切除した。直腸壁欠損部は 3-0 バープ付き吸収糸(V-Loc™)にて連続縫合閉鎖した。手術時間は 158 分、出血は 16ml であった。合併症なく経過し術後 7 日目に退院した。

【病理診断】腫瘍径 35mmX32mmX20mm、長紡錘形核を有する繊維状の細胞が束状に増殖し、DOG1, c-kit, CD34 が陽性、S-100, Desmin,  $\alpha$ -SMA が陰性、Ki67-index : 8%, 核分裂数 1/50HPF で切除マージン陰性であった。

【結語】直腸 GIST に対する TAMIS による局所切除術は症例を適切に選択することで根治性とともに関能温存が得られる有用な術式と考えられた。

## 国産ロボット hinotori を使用した胃切除

和歌山県立医科大学 外科学第二講座

早田啓治、尾島敏康、合田太郎、北谷純也、富永信太、中井智暉、永野翔太郎、川井学

【背景】当教室は1993年の腹腔鏡胃癌手術の聡明期より、腹腔鏡下胃切除を開始し、徐々に適応を拡大してきた。2015年からは進行胃癌を含めた全症例を腹腔鏡下手術の適応とした。2017年からはDa Vinciによるロボット胃切除を開始し、2024年1月までに計355例を経験した。当教室で施行した腹腔鏡 vs ロボット胃切除のRCTでは、ロボット手術での全合併症の減少を報告した(Ojima T et al; JAMA Surg 2021)。特筆すべきは、現在までロボット胃切除355例すべてで膺液瘻の発症を認めていないことであり、ロボット手術の有用性を実感している。これまで消化器外科領域においての手術支援ロボットはDa Vinciのみが保険適応であったが、2022年10月に国産初の手術支援ロボット hinotori が保険適応となった。当教室では2023年7月に第1例目を開始し、これまでに16例を経験した。

【対象】2023年7月-2024年1月までに hinotori で行ったロボット胃切除16例

【結果】年齢：74歳(58-88歳)、男/女：11/5、cStage I/II/III：13/1/2、術式：幽門側胃切除/噴門側胃切除/胃全摘：11/1/4、D1+/D2：14/2、手術時間：248分(164-429分)、出血量：22ml(5-280ml)、合併症：縫合不全1例

【結論】国産ロボット hinotori を使用した胃癌手術を安全に導入できた。hinotori での胃切除の手術ビデオを供覧するとともに、Da Vinci との相違、それぞれにメリット、デメリットについても言及したい。

## 当科の腹腔鏡下脾体尾部切除術における動脈へのアプローチ法

日本赤十字社和歌山医療センター 消化器外科

宮本 匠      安近 健太郎      椿山 正哉      井上 一真      寺脇 平真  
佐倉 悠介      青山 諒平      金井 理紗      山田 真規      川添 准矢  
奥村 公一      辰林 太一      横山 智至      伊東 大輔      山下 好人  
一宮 正人

【背景】脾癌に対する腹腔鏡下脾体尾部切除術(LDP)は一般的になっているが、施設によって上腸間膜動脈(SMA)や脾動脈(SPA)へのアプローチ法は様々である。今回、当院で行っている LDP の SMA や SPA へのアプローチについて報告する。

### 【手術手技】

SMA 周囲の郭清においては、当院では横行結腸間膜尾側から空腸起始部を切開するアプローチ法を選択している。IMV を切離し、その背側で左腎静脈前面を露出させ、その頭側の SMA 根部を確認し郭清を行う。

SPA へのアプローチに際しては、脾全体の視野を良好に得るために、胃の圧排が重要である。当科ではペンローズドレーン 2 本、Nathanson liver retractor を用いた CRESCENT 法を採用している。その上で、当科では原則、腹腔鏡下胃切除同様の脾上縁の郭清を行う過程で、SPA 根部を剥離し動脈切離を行う。

ただ脾静脈閉塞症例では、側副血行路の発達による脾周囲操作の際の出血のリスク軽減のために、手術の序盤に SPA にアプローチし遮断する（この際は小網切開し、胃を尾側に圧排する）。

脾体部腫瘍で volume が大きいと、脾上縁からの SPA 根部へのアプローチが困難な場合もあり、その際は脾背側から SPA の根部を確保し切離する左後方アプローチも有用である。

【結果】2019 年 3 月から 2023 年 12 月までに計 39 例に LDP を行った（脾温存 4 例、脾癌 21 例）。手術時間 331(176-587)分、出血量 100(10-1782)ml であった。ISGPF grade B の脾液瘻を 5 例に認めた。pStage II B の脾癌症例計 10 例において、術後肝転移再発を 3 例、腹膜播種再発を 4 例に認めた。

【まとめ】良好な術野確保と手術手技の定型化により、安全な LDP が可能となる。SPA 切離にあたっては、症例に応じて SPA 根部へのアプローチ法は複数持つべきと考える。